



Enrollment Form / お申し込み用紙

Dr. Mr. Mrs. Ms. Other ・その他
First Name ・ 名 お名前は、パスポートと同じ名前をご記入ください。 MI

Last Name ・ 姓

Company Name ・ 会社名 郵便物送付先に勤務先をご希望の方は、ご記入ください。

Street Address/PO Box ・ 丁目、番地、私書箱

City ・ 市区町村

State/Province ・ 都道府県

Zip/Postal Code ・ 郵便番号

Country ・ 国名

Home Phone ・ 自宅電話番号

Business Phone ・ 勤務先電話番号

Your Birth Date (Example: 12 Jan 54) ・ 生年月日 (例 : 1954 年 1 月 12 日 = 12 01 54)

Day ・ 日 Month ・ 月 Year ・ 年

E-MAIL ・ E メールアドレス

Please provide your e-mail address so you can begin receiving your statements online and we can alert you to special offers and information. E メールアドレスをお知らせください。月毎の明細書、および特別プロモーションの情報などを、インターネットを通じてお知らせいたします。

Preferences ・ ご希望

Please indicate your room preferences. ・ ご希望の客室タイプをお選びください。

Room Preference ・ 客室タイプ Smoking ・ 喫煙 Non-smoking ・ 禁煙

Floor Preference ・ フロアタイプ Higher floors ・ 高層階 Lower floors ・ 低層階

Bed Size ・ ベッドサイズ King ・ キングサイズ Queen ・ クイーンサイズ

Double/Double ・ ダブル/ダブルサイズ

Pillow Type ・ 枕タイプ Foam ・ フォーム Feather ・ 羽毛

Awards ・ アワード

Password (Required for award redemption) (Example: mother's maiden name)

パスワード(アワード引き換えの際に必要です) (例 : 母親の旧姓) 4桁~14桁の数字、アルファベットでご記入ください。